

39
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 décembre 1892, à 1 heure

Par CHARLES STEEG,

Né à Libourne (Gironde), le 11 juin 1867.

Ex-interne provisoire des Hôpitaux.

PÉRIODE PRÉMONITOIRE

DU

RHUMATISME AIGU

« Avant de se fixer sur quelques jointures, il arrive souvent que le rhumatisme aigu erre, pour ainsi dire, sur différents organes ou sur différents tissus. Ainsi il est assez commun de voir une angine, un coryza, une diarrhée, précéder de quelques jours les manifestations articulaires »

• FERNET. »

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
 { JOFFROY et ANDRÉ, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0071

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 décembre 1892, à 1 heure

Par CHARLES STEEG,

Né à Libourne (Gironde), le 11 juin 1867.

Ex-interne provisoire des Hôpitaux.

PÉRIODE PRÉMONITOIRE

DU

RHUMATISME AIGU

« Avant de se fixer sur quelques jointures, il arrive souvent que le rhumatisme aigu erre, pour ainsi dire, sur différents organes ou sur différents tissus. Ainsi il est assez commun de voir une angine, un coryza, une diarrhée, précéder de quelques jours les manifestations articulaires. »

« FERNET. »

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
JOFFROY et ANDRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		N.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		CHARCOT.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTIERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS.

A MES MAITRES VÉNÉRÉS.

A MES AMIS.

Si dans un certain nombre de cas le rhumatisme aigu débute ou semble débiter d'une façon brusque, inattendue, il arrive aussi assez souvent que le malade sent venir son attaque, surtout si ce n'est pas la première. Certains phénomènes lui font nettement prévoir le danger qui le menace, et cela plusieurs jours avant le début des accidents articulaires.

Il est incontestablement d'un très grand intérêt pour le médecin de bien connaître tous ces symptômes qui précèdent et annoncent, quelquefois d'une façon très claire, une crise de rhumatisme aigu.

Nous avons donc pensé faire œuvre utile en recherchant dans les classiques et dans les observations de nos devanciers les principaux de ces symptômes avant-coureurs ; nous nous sommes efforcé, après les avoir rapidement passés en revue, de les bien mettre en relief, et de faire ressortir leur importance au point de vue d'un diagnostic précoce. Nous les avons groupés et nous avons essayé de décrire une période prémonitoire du rhumatisme aigu. Nous pensons qu'elle existe dans un grand nombre de cas ; elle était très nette dans plusieurs faits que nous avons nous-même observés et qui nous ont inspiré cette thèse.

Quelques conclusions pratiques devront être déduites de ces faits : un traitement énergique institué d'une façon précoce, aussi précoce que possible, peut, pensons-nous, enrayer une attaque de rhumatisme ou, du moins, en diminuer considérablement la durée et la gravité ; ce sont au premier rang les lésions cardiaques qu'on doit craindre et qu'il faut empêcher de se produire ; que d'individus bien constitués et robustes, qui, par le fait d'une attaque de rhumatisme, sont devenus, pour le reste de leur vie, des malades menacés à chaque instant par leur cœur et toujours sous le coup d'un dénouement fatal !

Les lésions cardiaques une fois constituées, il ne faut pas espérer les modifier ; d'autre part le rhumatisme aigu peut revêtir des formes graves et, en quelques jours, tuer le malade.

Nous pensons donc que la règle de conduite en face du rhumatisme aigu peut se formuler par ces deux mots qui résument notre thèse : prévoir et prévenir.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier les nombreux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales :

M. le professeur Damaschino, qu'une mort trop rapide est venu enlever à la science, à l'affection de ses amis et au dévouement de ses élèves ;

MM. Fernet, Reclus, Renault et Pozzi qui, non seulement, ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur expérience, mais encore nous ont traité avec une affection dont nous conserverons toujours un profond souvenir ;

MM. Desnos, Charpentier et Campenon, qui ont, eux aussi, droit à notre reconnaissance.

M. Balzer a bien voulu nous faire profiter de sa grande expérience clinique et de ses recherches ; nous nous en souviendrons toute notre vie.

M. Retterer a toujours été pour nous plus qu'un maître et plus qu'un ami. Nous n'oublierons jamais que c'est à lui que nous devons d'être entré dans la carrière médicale.

M. Lereboullet nous a toujours accueilli avec bienveillance et nous est venu en aide dans des moments difficiles.

M. le professeur Potain a bien voulu présider la soutenance de notre thèse. Nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous fait.

Parmi nos amis nous voulons encore remercier l'un des meilleurs et des plus anciens, M. Louis Fournier, interne des hôpitaux, qui nous a activement aidé dans la traduction des ouvrages étrangers que nous avons consultés pour ce travail.

« Dans un grand nombre de cas qu'il est inutile et qu'il serait difficile de représenter par des chiffres, mais qui me paraissent être les plus ordinaires, le début de l'attaque rhumatismale proprement dite, de la fièvre rhumatismale, a été précédé, pendant un temps variable de quelques semaines à quelques jours par quelque phénomène immédiat d'un refroidissement tel qu'un coryza, une bronchite légère, par une altération mal déterminée de la santé générale, par de la raideur, du poids, de la gêne, et surtout par des douleurs qui occupent d'abord plutôt les régions périarticulaires que les articulations proprement dites, et que le malade rapporte à un segment de membre plutôt qu'à un interligne articulaire déterminé. Pendant un peu de temps, le patient, s'il n'a déjà acquis une expérience personnelle à ses dépens, vaque encore à son travail ou à ses occupations, il se croit simplement surmené ou atteint de « douleurs », bien qu'il ait moins d'appétit, un peu de soif, quelques frissonnements ou frissons erratiques, et qu'il se mette en transpiration au moindre travail; parfois il va chez le pharmacien chercher quelque liniment calmant, puis souvent se détermine à prendre, de son autorité privée ou sur un conseil banal, un bain de vapeur suivi ordinairement d'une

douche froide, dernière pratique qui, d'ordinaire, le conduit rapidement à l'hôpital ; c'est là, je puis l'affirmer, par une longue et attentive observation, un mode de début commun dans une très nombreuse catégorie sociale de nos grandes villes. » (Besnier.)

Malaise général, gêne, raideur, anorexie, douleurs vagues, frissons, quelquefois un coryza ou une bronchite légère, tels sont, en effet, les symptômes les plus ordinaires qui précèdent l'attaque de rhumatisme aigu. A eux seuls, ils constituent, en se réunissant, un ensemble de signes quelquefois caractéristique : le malade qui a « acquis une expérience personnelle à ses dépens » ne s'y trompe pas.

Quelquefois cependant ces signes avant-coureurs manquent ou semblent manquer tout à fait. Le début se fait brusquement par des douleurs articulaires vives atteignant rapidement leur maximum d'intensité.

Mais un tel mode de début est réellement rare. Nous pensons même qu'on ne le rencontre jamais chez des malades s'observant soigneusement au point de vue de leur santé. Un peu de malaise, de courbature, un léger coryza, un peu d'anorexie, quelques frissons passent si facilement inaperçus. Si l'on y prête attention, tout cela est attribué aux fatigues de la journée ; le lendemain matin, on se sent plus dispos. Huit, quinze jours, trois semaines auparavant, on a déjà eu une angine, mais elle était si légère, elle a si peu duré, on l'a complètement oubliée. Bref, la santé semblait bonne, lorsque, tout à coup, des douleurs articulaires violentes se sont produites.

Voilà le début brusque du rhumatisme aigu chez bien des malades. Nous le répétons, s'il était possible de soumettre à un examen rétrospectif très minutieux chacun de ces cas à début brusque, le nombre en diminuerait à tel point qu'il pourrait être considéré comme négligeable au point de vue clinique.

Nous croyons donc que l'on peut poser comme principe que l'attaque de rhumatisme aigu est à peu près toujours précédée de phénomènes prémonitoires.

Parmi ceux-ci, il en est un que sa fréquence, son apparition précoce, ses caractères mettent au premier rang. Nous voulons parler de l'angine.

Tous les auteurs qui se sont occupés du rhumatisme aigu ont bien compris l'importance de cette première manifestation de l'affection. Stoll emploie le premier l'expression d'angine rhumatismale. Trousseau, Chomel, Bouillaud, puis Fernet, Ball, Desnos l'étudient avec soin. Lasègue la décrit ainsi : « Elle débute brusquement ou, tout au plus, elle est préparée par un malaise, tantôt local, tantôt général, indistinct; dès le premier jour, sensation très incommode, plus pénible que celle qui accompagne la plupart des angines non phlegmoneuses, sécheresse, âpreté de la bouche, surtout pendant la nuit; déglutition désagréable, mais toujours possible. »

« Quand on examine le pharynx, dit M. Fernet, on voit qu'une rougeur diffuse est répandue sur toute la paroi postérieure; il existe en même temps une tuméfaction oedémateuse de la muqueuse, plus marquée sur la luette qui est tuméfiée et allongée. Le

pharynx est humide, libre d'exsudation; une des amygdales ou toutes les deux peuvent présenter un gonflement plus ou moins considérable..... La douleur est hors de proportion avec les phénomènes objectifs. »

C'est, en effet, le plus ordinairement une angine érythémateuse; quelquefois cependant l'angine qui précède le rhumatisme est une angine herpétique (Trousseau, Chomel, Requin, etc.), mais cela est rare.

Tous ces caractères de l'angine rhumatismale ont été déjà bien vus et bien décrits par tous les auteurs qui se sont occupés du rhumatisme aigu. Mais il est un point sur lequel ils n'ont certainement pas assez insisté : c'est sur l'époque d'apparition de cette angine. Elle ne se montre pas toujours, en effet, dans les quelques jours qui précèdent l'attaque de rhumatisme aigu. Les auteurs anglais (Garrod, Kingston-Fowler, Haig-Brown, Mantle, etc...) rapportent de nombreuses observations dans lesquelles on voit l'angine apparaître trois semaines, un mois avant les accidents articulaires. Dans notre observation I, l'angine avait précédé de trois semaines l'attaque de rhumatisme. Et l'on n'objectera point qu'il s'agit, dans de tels cas, de simples coïncidences. C'est à partir de cette angine que l'état du malade s'altère; que des symptômes tels que malaise, fatigue, anorexie, etc., se montrent, que les sueurs se produisent au moindre effort.

C'est pour avoir prêté à la date d'apparition de

l'angine une attention suffisante, que les auteurs anglais sont arrivés à se bien rendre compte de la fréquence et de la valeur de cet accident prémonitoire. Kingston-Fowler trouve, dans ses statistiques, que sur 100 cas de fièvre rhumatismale, 80 sont précédés par l'angine. Dans une série de 20 malades qu'il a observés à Middlesex-Hospital, 20 fois il y avait eu une angine prémonitoire s'étant montrée de quelques jours à un mois avant l'attaque. Garrod donne les mêmes chiffres. Ces auteurs accordent donc à l'angine une signification extrêmement importante comme signe précoce du rhumatisme ; quelques-uns vont plus loin encore : « Abordant la question à un point de vue différent, le docteur Haig-Brown a relevé des traces de rhumatisme dans 76 cas d'angine sur 119. Green suppose que les 2/3 de toutes les amygdalites qu'on peut observer sont rhumatismales. » (Garrod. traduct. Brachet, p. 194)

En Allemagne, Buderath, attribue dans sa thèse, une valeur plus grande encore à l'angine ; elle peut créer le rhumatisme, elle est la porte d'entrée par laquelle s'introduisent les toxines microbiennes qui iront irriter les centres nerveux et produire ainsi les accidents du rhumatisme aigu.

En laissant de côté toute question théorique, nous verrons plus loin quelles conclusions pratiques on peut tirer de tous ces faits.

II

Avec l'angine, apparaît toute la série des symptômes généraux vagues que M. Besnier a si bien décrits en quelques lignes : malaise, courbature, fatigue, frissons, anorexie, soif, sueurs au moindre effort, raideur, poids, gêne, en un mot une « altération mal déterminée de la santé ». Il n'est pas rare que cette altération de la santé soit réellement très nette (Obs. I) ; il y a un léger mouvement fébrile, le malade est pâle, surtout de cette pâleur sous-nasale dont parle Guéneau de Mussy dans ses cliniques. Dans quelques cas, il se plaint de céphalalgie ; il y a ordinairement de la constipation ; quelquefois, c'est un véritable embarras gastrique, qui peut s'accompagner d'un léger ictère (Obs. XVI). L'épistaxis peut aussi se produire à ce moment, surtout chez les individus qui y sont prédisposés, mais elle est rare. Notons en passant que Chomel signale ceux qui sont dès l'enfance sujets aux épistaxis, comme particulièrement prédisposés aux douleurs articulaires ; Hippocrate avait déjà fait cette remarque (Thèse de Tresfort, 1875).

Chez les femmes, la menstruation est écourtée ou supprimée. Dans notre observation XVI, chaque

crise et une rechute sont précédées de la suppression des règles.

Il est de toute évidence que quelque chose se prépare; c'est la phase d'incubation d'une maladie générale. Même lorsqu'un traumatisme a été le point de départ des accidents (Verneuil, Potain, Dr Rigal), cette période existe. Le rhumatisme ne profite pas de la congestion et des troubles immédiats produits par ce traumatisme; il ne se hâte pas de se montrer.

Dans l'observation IV, que nous empruntons au docteur Rigal, tous les symptômes d'une forte entorse du poignet ont eu le temps de disparaître presque complètement avant que les grands accidents articulaires n'éclatent. Mais dès le lendemain du traumatisme on a noté du malaise général, de la courbature, des douleurs vagues, des urines foncées.

Nous insistons sur tous ces phénomènes, car nous pensons qu'il est très important de bien les connaître, ne feraient-ils prévoir que de deux ou trois jours l'attaque de rhumatisme.

III

Outre cet ensemble de symptômes qui constituent par leur réunion une véritable période prodromique du rhumatisme aigu, celui-ci peut encore être précédé, annoncé par des manifestations multiples accompagnant ordinairement les phénomènes précédents ou apparaissant isolément et portant sur divers appareils.

La plupart des auteurs regardent aujourd'hui les accidents dont nous allons parler comme appartenant en propre au rhumatisme, comme des manifestations franchement rhumatismales. D'autres pensent que quelques-uns de ces accidents n'ont de commun avec le rhumatisme aigu que la cause déterminante : le froid, par exemple, qui produirait tout d'abord l'angine, le coryza, la bronchite, etc. Nous tenons à faire remarquer que quelle que soit la théorie admise, elle importe peu au but que nous poursuivons ; nous voulons simplement, autant que cela est possible, connaître les phénomènes qui précèdent la période dangereuse du rhumatisme aigu, la période des déterminations cardiaques. Qu'ils soient de nature rhumatismale ou non, ces phénomènes annoncent l'attaque de rhumatisme ; cela nous suffit.

Du côté de l'appareil digestif proprement dit, ces

phénomènes sont rares ; personnellement, nous n'en avons pas observé, et M. Besnier ne retrouve dans ses notes « que trois ou quatre faits positifs de rhumatisme articulaire aigu vrai débutant par une entérite ». Néanmoins ces phénomènes peuvent exister et avoir une certaine valeur prémonitoire ; nous en avons trouvé, dans nos devanciers, quelques exemples intéressants.

Huxham le premier, en 1730, donna l'histoire d'une épidémie assez singulière dans laquelle « des douleurs d'estomac suivies de vomissements ouvraient la marche de la maladie ; survenaient ensuite des coliques accompagnées de diarrhée et de tympanisme abdominal très prononcé. Après quelques jours, ces accidents perdaient de leur intensité première et des douleurs violentes apparaissaient dans les muscles et les jointures, en même temps qu'une fièvre légère se déclarait ». Quelquefois, on remarquait en même temps que les troubles gastro-intestinaux, une diaphorèse abondante, des éruptions cutanées et, dans quelques cas, de l'ictère.

Huxham insiste sur la marche de l'affection : « La plupart des individus commençaient par ressentir des douleurs abdominales ; puis après quelques jours, le mal se transportait sur les articulations, pour les abandonner ensuite et revenir à son siège primitif. »

On peut rapprocher de cette relation de Huxham, celle de Stoll (1776) qui décrit une épidémie de « dysenterie rhumatismale ». Le « rhumatisme des intestins » précédait là aussi très souvent les manifestations articulaires, puis alternait avec elles.

Plus tard, Chomel et Villeneuve (Dict. en 30 vol.), parlant de l'entéralgie rhumatismale, insistent sur son caractère principal : violence des douleurs qui disparaissent dès que se produit une autre manifestation de la diathèse. Enfin, Trousseau écrit dans ses cliniques (T. III) : « Les douleurs abdominales de la dysenterie ne sont jamais plus prononcées que dans la forme rhumatismale..... Mais ce qui caractérise principalement cette forme de dysenterie, ce sont les métastases qui se produisent du côté des articulations. Ces métastases peuvent se localiser sur un point et le siège le plus fréquent serait alors l'articulation du genou. »

Nous rapportons plus loin des exemples de gastrodynie, d'entéralgie, d'entérite, de dysenterie, de diarrhée simple, « sueur intestinale » de M. Peter, ayant précédé les accidents articulaires. Nous avons déjà signalé l'embarras gastrique accompagné quelquefois d'un subictère (Obs. XVI). Le foie n'est que tout à fait exceptionnellement atteint ; cependant dans l'observation VI, due à Chauffard, on note parmi les phénomènes précoces d'une attaque de rhumatisme, des vomissements bilieux et un foie volumineux et douloureux. Dans l'observation VII, due à Rigal, sont notés aussi des vomissements bilieux et une diarrhée bilieuse.

A elles seules, ces manifestations n'ont qu'une faible valeur, nous le reconnaissons, vu leur rareté. Mais encore faut-il en tenir compte, surtout dans des cas tels que celui dont il s'agit dans l'observation V, due à M. le docteur Lambin, où les mêmes troubles

gastro-intestinaux se reproduisent chez le même sujet au début de deux attaques de rhumatisme aigu. En tout cas, il est bon, pensons-nous, de signaler un tel mode de début qui pourrait prêter à des erreurs de diagnostic.

IV

Il n'est pas rare, après le coup de froid qui sera la cause déterminante d'une attaque de rhumatisme, de voir apparaître en même temps que l'angine, quelquefois sans elle, « une fluxion nasale intense rapidement développée et accompagnée d'un flux abondant ». Avec le coryza il y a souvent aussi un peu de laryngite et de trachéo-bronchite. Ces symptômes isolés n'ont ordinairement par eux-mêmes que peu d'importance. Mais ils viennent ajouter un élément de plus au groupe des accidents prémonitoires. Si un coup de froid est à redouter chez un rhumatisant, des signes qui viennent démontrer que le refroidissement a retenti sur l'organisme doivent être pris en sérieuse considération.

La trachéo-bronchite a d'ailleurs été regardée par quelques auteurs (Graves, Fuller, Buckler) comme étant, dans ces cas, d'essence rhumatismale.

Du côté du poumon les manifestations primitives de la diathèse sont moins rares qu'on ne le croit généralement (Margery, thèse 1882). Nous avons trouvé dans la thèse de M. Lebreton de précieux renseignements sur ce point particulier, et nous ne pouvions faire mieux que de lui emprunter quelques exemples que nous résumons plus loin.

Fuller a décrit, un des premiers, les déterminations pulmonaires du rhumatisme. La bronchite, la pleurésie, la pneumonie, dit-il, peuvent être des manifestations primitives de l'affection. « Dans ce cas, on trouve une langue rouge et écailleuse, des sueurs acides profuses, *l'odeur empyreumatique* du rhumatisme, et ces symptômes sont parfois si frappants que dans deux cas ils m'ont permis de prédire d'avance une attaque de rhumatisme prochaine. » Fuller insiste ensuite sur la nécessité de traiter immédiatement ces manifestations par le salicylate de soude. Nous verrons plus loin que dans un cas observé par M. Lebreton, les accidents articulaires n'éclatèrent pas grâce, très probablement, à un traitement précoce par la salicylate (Obs. X).

La forme la plus fréquente des déterminations précoces du rhumatisme sur le poumon, est la congestion. Elle se montre le plus souvent avec ses caractères ordinaires : apparition plus ou moins brusque, disparition plus ou moins rapide. Nous n'insisterons pas sur ce point; mais il est une forme de congestion partielle que nous tenons à signaler, ne serait-ce qu'au point de vue de la difficulté d'un diagnostic précoce. Dans un cas, dont nous avons malheureusement perdu l'observation détaillée, un jeune homme ayant eu antérieurement deux attaques de rhumatisme aigu, fut pris de malaise, avec fièvre légère, sueurs, toux sans expectoration. A l'auscultation on trouva des râles de congestion, très nets surtout au sommet du poumon droit. On pensa qu'il s'agissait d'une poussée de tuberculose. Or,

quelques jours après, ces signes stéthoscopiques disparaissaient complètement et le malade était pris d'une nouvelle attaque de rhumatisme aigu. Dans l'observation XV, que nous avons empruntée à Buckler, il s'agit d'un cas analogue à celui-ci. Ces faits sont à rapprocher de ces congestions, à évolution plus lente, signalées par M. Collin, et qui sont caractérisées par l'existence « d'un râle sous-crépitant fin sous-axillaire ».

A côté de la congestion il faut citer l'œdème pulmonaire; M. Lebreton en rapporte plusieurs cas (type œdémateux), mais c'est une manifestation rare.

La pneumonie enfin, peut, elle aussi, précéder les accidents articulaires? Mais il ne s'agit pas ordinairement d'une pneumonie véritable : ce sont « des congestions partielles, auxquelles se rattachent la plupart des manifestations que l'on a coutume de désigner sous le nom de pneumonies ou de broncho-pneumonies rhumatismales, lesquelles peuvent être le premier degré d'une pneumonie vraie, mais qui avortent ordinairement avant terme, soit parce que l'action rhumatisante se manifeste avec plus d'énergie sur quelque autre région, soit parce que le malade meurt avant que le processus ait atteint ses extrêmes limites. » (Besnier.) Ce sont des pseudo-pneumonies « et le râle crépitant et le souffle tubaire ne suffisent pas, en l'absence de l'expectoration caractéristique, pour affirmer la phlegmasie du poumon ». Nous ne savons pas si, dans des cas semblables, la recherche du pneumocoque de Talamon a été faite.

Ainsi que nous l'avons dit, Fuller a décrit certains caractères qui permettent de reconnaître la véritable nature de ces manifestations. Pour M. Lebreton, elles ont aussi une physionomie particulière, bien que, d'après lui, « l'odeur empyreumatique », dont parle Fuller, soit une donnée assez vague. Il insiste sur l'aspect du malade dont le visage est très pâle au lieu d'être coloré comme dans la pneumonie franche, sur les sueurs acides profuses, très abondantes, enfin sur la fugacité et la mobilité des signes stéthoscopiques.

On sait que les manifestations cutanées du rhumatisme aigu ne sont pas rares. Elles affectent essentiellement, dit M. Besnier, « le type érythémateux sous toutes les formes observées, constituant cette série d'hyperémies cutanées aiguës, fluxionnaires, hémorrhagiques parfois, qu'Hébra a désignées très heureusement par le terme commun d'*érythème polymorphe* ou *multiforme*, et qui comprend la plupart des arthritides pseudo-exanthématiques de Bazin : Erythème scarlatiniforme (roséole rhumatique de Bateman et des anciens auteurs), généralisé ou partiel; érythème simple, papuleux, tuberculeux, noueux, œdémateux, marginé, circinné, discoïde, annulaire; urticaire vraie et érythème ortié; érythème vésiculeux et parfois même bulleux; érythème hémorrhagique, purpurique, en taches, en plaques, en anneaux, etc., purpura dans toutes ses formes; accessoirement : érysipèle, herpès, zona ». Ces éruptions peuvent se montrer d'une façon précoce; quand on parcourt les observations, extrêmement nombreuses, qui ont été publiées sur les manifestations cutanées du rhumatisme aigu, on est frappé de voir que l'éruption, très souvent, a été le premier symptôme de l'affection.

« L'intérêt qui s'attache à leur constatation est alors assez grand, car l'existence de cette localisation cutanée, surtout à la suite d'un refroidissement et quand elle coïncide avec une angine, un torticolis ou une névralgie, dans le cas où il s'agit d'un sujet rhumatisant, peut faire soupçonner le début prochain des arthropathies. »

La forme la plus fréquente de l'éruption est l'érythème papuleux, ordinairement léger, passant facilement inaperçu ; très souvent aussi c'est une des autres variétés indiquées plus haut : un érythème scarlatiniforme, morbilliforme, ou même « un rash n'étant pas sans analogie avec l'érythème prévariolique. » Ces derniers sont généralement les plus précoces, les plus éphémères et les plus fugaces.

L'urticaire est également très fréquente à la période prodromique du rhumatisme aigu. M. Besnier a bien mis en relief sa valeur comme signe prémonitoire : « L'urticaire, qui est si commune chez les arthritiques de toute catégorie, et qui apparaît si manifestement parfois dans ses formes œdémateuses et suraiguës sous l'influence du froid et du refroidissement, peut se montrer, et c'est là un des points pratiques les plus intéressants, comme première étape de l'attaque rhumatismale, à la manière de l'angine, du torticolis, de la névralgie, etc... Lorsqu'elle se manifeste à la suite d'un refroidissement concurremment avec quelque rhumatalgie, et qu'elle s'accompagne d'un état fébrile manifeste, l'attention doit être éveillée sur la possibilité d'un rhumatisme articulaire aigu qui ne tardera

pas à se démasquer, et qui pourra être d'une grande intensité. »

Nous trouvons, dans ces paroles de M. Besnier, un très fort appui à notre thèse ; et ce qu'il dit pour l'urticaire est vrai pour toutes les diverses affections cutanées liées à la diathèse rhumatismale. Elles ne présentent aucun caractère morphologique qui fasse reconnaître leur nature. Mais que l'une d'elles se montre en même temps qu'une angine érythémateuse, au milieu des signes généraux que nous nous sommes efforcé de bien mettre en relief, et que l'on doit regarder comme de véritables prodromes ; alors même que ceux-ci seraient vagues et (qu'on nous passe l'expression) un peu *flous*, il n'en faudra pas moins, croyons-nous, regarder comme possible, comme probable, l'attaque de rhumatisme aigu.

Il nous eût été très facile de multiplier les citations et les exemples ; les travaux abondent sur cette question des éruptions précoces dans le rhumatisme aigu. Mais nous avons pensé qu'il était suffisant de rapporter quelques cas typiques et de nous placer sous la haute autorité de M. Besnier.

VI

Nous avons déjà signalé les douleurs vagues de la période prodromique du rhumatisme ; il arrive quelquefois que les muscles et les nerfs sont plus vivement atteints. Il n'est pas extrêmement rare de voir une névralgie ouvrir la scène, par exemple la névralgie faciale. Le torticollis rhumatismal, la sciatique rhumatismale, qui peuvent être regardés comme les manifestations les plus fréquentes de la diathèse, jouent quelquefois le rôle de prodromes ; et il en est de même du lumbago, de la névralgie du deltoïde, de la pleurodynie. Noël Guéneau de Mussy cite, dans ses cliniques, un malade qui fut pris brusquement d'une névralgie sciatique intense ; celle-ci dura plusieurs jours, puis fut remplacée par une douleur vive au niveau du sternum, semblant siéger dans le périoste de l'os ; il n'y avait aucune lésion appréciable des organes sous-jacents. A cette douleur succéda bientôt un rhumatisme aigu généralisé.

A la face, le rhumatisme frappe les troncs nerveux à leur sortie des canaux osseux, et peut produire alors des névralgies, des contractures, des paralysies (Obs. VI). Au cou, le rhumatisme musculaire est très fréquent, surtout dans l'enfance ; c'est un « phénomène avant-coureur fréquent du rhumatisme articulaire aigu. » (Besnier.)

Les muscles de l'abdomen peuvent être atteints les premiers ; c'est alors le *rhumatisme préabdominal* de Chomel qu'il faut se garder de confondre avec un début de péritonite.

Quelquefois c'est le diaphragme qui est pris d'abord, ce qui peut prêter à de nombreuses erreurs de diagnostic.

Le rhumatisme musculaire aigu généralisé, est précédé, le plus souvent, par les phénomènes prémonitoires que nous avons cités plus haut. Il peut être lui-même le premier acte d'un rhumatisme articulaire ; « et, dans ces circonstances, la plus grande réserve devra être gardée au début, eu égard à la possibilité de ces formes de rhumatisme articulaire, à début abarticulaire. » (Besnier.)

Bien qu'ordinairement léger et bénin, le rhumatisme musculaire est quelquefois cependant dangereux par lui-même : toutes les localisations viscérales peuvent le suivre. « Indépendamment des cas de rhumatisme musculaire *prodromique* du rhumatisme articulaire et viscéral, il peut être suivi de déterminations rapides vers le cœur, la plèvre ou le cerveau, ou bien encore de localisations lentes sur l'appareil central de la circulation. »

En outre il faut se demander, avec Chomel, si le rhumatisme développé dans les muscles pariétaux des cavités splanchniques ne peut pas se propager par contiguïté aux séreuses de ces cavités et donner lieu à des phlegmasies secondaires. « C'est là une question d'un grand intérêt à tous égards, dit M. Besnier, pour l'histoire de la pleurésie, et notam-

ment dans le traitement de la pleurodynie. Il est, en effet, quelques phlegmasies pleurales précédées de douleurs de côté, ne différant en rien, au début, de la pleurodynie simple et qui s'accompagnent ultérieurement d'épanchement, de sorte que la plèvre serait, dans ses affections, tributaire à la fois du poumon et de la paroi thoracique. »

Le rhumatisme musculaire devra donc être traité avec énergie dès son début, dès ses premières manifestations, avant même celles-ci, quand les phénomènes de la période prodromique auront été assez nets pour le faire prévoir. Enfin il faudra surveiller attentivement les localisations rhumatismales sur les muscles voisins des séreuses et « attaquer, d'une manière plus prompte et plus énergique qu'on ne le fait habituellement, les pleurodynies intenses ou fébriles. »

Citons encore rapidement, car ce sont des phénomènes rares : 1° La dermalgie rhumatismale, cette fièvre dermalgique, que Beau a décrite, et qui se caractérise par de l'hyperesthésie cutanée avec sensations diverses de picotements, de brûlure, d'élanements, etc. (Obs. VIII.)

2° L'œdème aigu, localisé ou généralisé, qui se montre surtout au début du rhumatisme des surmenés. M. Besnier a insisté sur ce mode de début ; c'est par un examen attentif, dit-il, que l'on arrivera dès les premiers moments « à pronostiquer plutôt qu'à diagnostiquer le développement prochain d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ». Nous avons trouvé dans la thèse de notre maître, M. Fernet,

plusieurs exemples d'œdème aigu précédant la crise articulaire (Obs. XIX). « On a signalé, dit-il, des cas d'œdème étendu à tout un membre ou à la totalité du corps, et qui seraient d'origine rhumatismale comme le démontre la localisation ultérieure de la maladie sur les jointures. » Quelques autres auteurs en rapportent également plusieurs cas (Van Swieten, Bouillaud, Comby, etc.).

Il est une manifestation plus sérieuse de la diathèse rhumatismale qui apparaît souvent d'une façon isolée, mais qui peut aussi précéder l'attaque de rhumatisme : nous voulons parler de la chorée. On pourra nous objecter que la nature de cette affection est encore peu connue, que plusieurs auteurs lui attribuent une origine nerveuse, la rattachent à l'hystérie (Joffroy, Comby, etc.), mais il nous suffira, pour répondre à cette objection, de citer le fait que M. le professeur Potain a rapporté l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux au moment où l'on discutait la nature nerveuse de cette affection : Un enfant est atteint de chorée pendant les vacances qu'il passait aux bains de mer. M. Potain consulté, déclare que cette affection indique une prédisposition au rhumatisme et conseille de quitter la station balnéaire. Quelque temps après l'enfant était pris d'une attaque de rhumatisme aigu qui le tuait.

Certaines chorées indiquent donc une prédisposition bien nette au rhumatisme et peuvent précéder une attaque aiguë.

Pour terminer ce travail, il nous resterait à parler de ces formes de rhumatisme qui débutent par une

fièvre vive, sorte de fièvre rhumatismale essentielle, indépendante de toute autre manifestation et précédant d'un ou plusieurs jours des localisations articulaires. Mais de tels faits sont rares. Ordinairement la fièvre est liée à quelque manifestation précoce; angine, érythème, torticolis, etc.... En tout cas la réaction fébrile, quelle que soit son intensité, peut précéder les déterminations articulaires au même titre que les autres manifestations. Elle est, elle aussi, un phénomène prodromique; elle fait nettement prévoir une attaque au malade qui en a déjà eu antérieurement; elle attire l'attention du médecin sur les phénomènes concomitants et peut ainsi aider à un diagnostic précoce. D'ailleurs, son apparition n'est pas toujours brusque : « La fièvre rhumatismale, dit M. Fernet, est souvent précédée pendant quelques jours par un sentiment de fatigue, de lassitude spontanée et d'endolorissement de tout le corps. Puis surviennent de petits frissons interrompus souvent par une chaleur incommode et des sueurs parfois très abondantes. Ces accès reviennent surtout le soir et pendant la nuit. »

On accordera à tous ces symptômes la plus grande attention et l'on surveillera rigoureusement leur évolution, si l'on se rappelle la phrase menaçante de Pidoux : « J'ai observé souvent la fièvre rhumatismale sans affections articulaires, jamais sans l'affection spéciale du cœur. »

VII

Et maintenant le but que nous avons poursuivi dans cette thèse se dégage, pensons-nous, d'une façon très nette. S'il existe réellement une période prodromique, si cette période prodromique est constante et s'accompagne très souvent de manifestations variées du côté de la peau, du tube digestif de l'appareil respiratoire, etc., c'est dès cette période que le traitement devra être institué, tous les fois que cela sera possible. C'est par un traitement précoce, c'est en s'armant contre le rhumatisme avant qu'il se soit démasqué, que l'on pourra empêcher ses localisations dangereuses : « Je suis maintenant si fermement convaincu de la vérité de ce fait, dit Kingston-Fowler, que je regarde comme beaucoup plus sérieuses les angines au premier abord banales ; et dans tous les cas, j'avertis mes malades d'être sur leurs gardes contre le moindre froid et d'appeler un « avis médical » à la première apparence de douleurs dans les membres ou les jointures. Je crois que, dans cette voie, j'ai deux ou trois fois, par une administration précoce de remèdes antirhumatismaux, tels que salicylates, réussi à éviter ce qui aurait pu être une sévère attaque de rhumatisme aigu. »

Ce que Kingston Fowler dit de l'angine, nous le répétons pour tous les phénomènes de la période prémonitoire. Nous sommes fermement convaincu que le médecin qui saura tenir compte de tous ces phénomènes, et qui les recherchera avec soin, pourra rendre de réels services à ses malades.

Nous voulons encore insister sur deux points : On devra, dans tous les cas, interroger minutieusement le casier diathésique du malade, rechercher ses antécédents héréditaires et personnels, ce qui permettra, bien souvent, de reconnaître la véritable nature d'accidents qui passent facilement inaperçus.

En outre, si l'on a affaire à un individu surmené, on se souviendra que la fatigue corporelle est « une cause *efficiente* du rhumatisme articulaire », et que l'on peut annoncer, avant le développement complet des accidents, le caractère grave et insidieux que l'affection revêt toujours dans ces cas : « La notion de la condition étiologique comporte donc ici une importance particulière. » (Besnier).

Le traitement rapidement institué dès les premières manifestations prémonitoires, devra s'adresser à la fois au mauvais état général et au rhumatisme imminent. Nous pensons donc que l'on devra prescrire : le repos absolu, le salicylate de soude à haute dose, les toniques, des boissons abondantes et diurétiques (lait, nitrate de potasse), une alimentation légère et fortifiante. Enfin, puisque l'angine a été incriminée par les auteurs allemands, puisqu'elle a

été regardée comme la porte d'entrée de microbes ou de toxines, encore inconnus, nous croyons sage de la traiter énergiquement et de faire une antisepsie buccale aussi rigoureuse que possible.

Tels seront les moyens que nous opposerons au rhumatisme aigu imminent.

Répondre aux menaces de rhumatisme par un traitement antirhumatismal énergique, voilà la conclusion logique de ce travail. Ce sera pour nous une ligne de conduite dont nous ne nous départirons pas et qui, dans quelques cas, nous en sommes convaincu, nous permettra de mener victorieusement la lutte pour l'existence des autres.

Obs. I (personnelle).

M. G..., âgé de 20 ans, père arthritique.

A l'âge de cinq ans, première attaque de rhumatisme aigu ; toutes les articulations sont atteintes, durée 3 semaines, du 20 janvier au 10 février 1876.

En décembre 1878, deuxième attaque : durée 3 semaines ; péricardite ; angine huit jours avant l'attaque.

Deux ans après, janvier 1880, 3^e attaque : durée 3 semaines ; péricardite, endocardite, congestion pulmonaire.

Sur les conseils de M. Parrot, le petit malade passe tout l'hiver suivant à Nice ; il se fortifie beaucoup ; à son retour, son état général est excellent et M. Parrot déclare ne plus retrouver aucune trace des lésions cardiaques qu'il avait pu lui-même constater.

Pendant une période de six années, M. G... n'éprouve pas la moindre douleur rhumatismale.

En février 1886, 4^e attaque d'une durée de trois semaines ; précédée d'une angine.

5^e attaque débutant en décembre 1887 et se prolongeant jusqu'à la fin de février 1888 ; pleurésie, endocardite, péricardite, congestion pulmonaire.

Toutes ces crises de rhumatisme aigu ont été remarquables par la gravité des symptômes d'une part et de l'autre par la rapidité avec laquelle le petit malade revenait à la santé dès que la crise était finie. Il ne nous a pas été possible de reconstituer pour chacune d'elles une période prodromique bien nette ; et, sauf l'angine que nous mentionnons au début de quelques attaques, aucun autre phénomène prémonitoire n'avait été remarqué. Mais il nous a été donné de voir se

dérouler sous nos yeux la 6^e crise et d'en suivre tous les actes.

20 mars 1890. — M. G... se plaint d'un léger mal de gorge. Ses amygdales sont rouges et légèrement tuméfiées. Cette angine, traitée par des gargarismes émollients, cède au bout de quatre ou cinq jours. Mais la santé n'est pas très bonne. M. G... est pâle; son appétit, qui était excellent, diminue peu à peu; il est fatigué, mal à l'aise, nerveux, inquiet; la peau est un peu chaude et le pouls fréquent; les efforts, la marche provoquent une transpiration abondante. Cet état général fait un tel contraste avec la bonne santé antérieure, que ce contraste frappe tous ceux qui l'entourent, et inspire des craintes qui devaient se justifier.

Le 13 avril, en effet, 23 jours après l'angine, M. G... se plaint, après un peu de fatigue physique, de douleurs vagues dans le pied droit; la température oscille aux environs de 38° pendant trois jours. Enfin le 16 avril, brusquement, en l'espace d'une ou deux heures, l'articulation tibio-tarsienne droite se tuméfie, devient rouge et est le siège de douleurs violentes; le genou droit et les coudes se prennent quelques heures plus tard. En un mot, c'est une 6^e attaque de rhumatisme qui commence, et avec des phénomènes d'une intensité remarquable. Le soir la température dépassait 39° et le pouls était à 120. Cette attaque dura six semaines.

Obs. II (personnelle).

M..., âgée de 28 ans, repasseuse.

Père tuberculeux; six frères et sœurs morts en bas âge.

Pas de rhumatisants dans sa famille.

Variole à 14 ans. Régée à 14 ans, mais tout d'abord très irrégulièrement.

A 16 ans, la malade est atteinte pour la première fois de rhumatisme aigu.

Elle en précise très nettement les phénomènes du début.

Elle était à l'atelier, en train de repasser, lorsqu'elle s'aperçut que le dos de sa main droite et son poignet droit présentaient des plaques rouges surélevées et des « cloques » qui étaient le siège de démangeaisons assez vives. Le lendemain cette éruption avait envahi les membres et le tronc.

A Saint-Louis, où la malade courut aussitôt, on lui dit que c'était de l'urticaire. Depuis la veille au soir elle avait un peu de fièvre, du malaise, de la courbature, de la céphalalgie et une perte absolue de l'appétit. Cet état dura trois jours, pendant lesquels la malade, malgré sa fatigue, continua son travail.

Le matin du quatrième jour, les dernières plaques d'urticaire disparurent, mais des douleurs, sourdes d'abord, puis peu à peu intenses se montrèrent au niveau des articulations tibio-tarsiennes qui devenaient en même temps rouges et tuméfiées. La fièvre était assez vive.

C'étaient les premiers phénomènes d'une attaque de rhumatisme aigu qui devait durer six semaines.

Toutes les articulations furent prises successivement ; il y eut de la péricardite.

Deux ans plus tard, après un coup de froid et une violente colère, poussée d'urticaire surtout confluente aux cuisses ; la malade n'avait pas eu d'urticaire depuis sa 1^{re} attaque de rhumatisme. Phénomènes généraux assez marqués : fièvre, frissons, céphalalgie, embarras gastrique, courbature ; le matin du 4^e jour, l'urticaire disparaît et fait place à des douleurs intenses des articulations tibio-tarsiennes. La malade affirme qu'elle avait pu prévoir cette 2^e attaque, grâce au mode de début qui avait été absolument semblable à celui de la 1^{re}. Elle entre à Lariboisière dans le service de M. Siredey ; elle y reste deux mois. Toutes les articulations sont successivement atteintes et il y a cette fois de l'endocardite et de la péricardite.

La malade sort avec une insuffisance mitrale.

Jusqu'à 20 ans, plusieurs poussées d'urticaire, mais sans fièvre, sans phénomènes généraux, et non suivies de douleurs rhumatismales.

Un enfant à 20 ans ; accouchement normal.

Plus d'urticaire jusqu'à 26 ans. Pendant ce temps elle entre plusieurs fois à l'hôpital pour son cœur.

A 21 ans (1888), après s'être refroidie et fatiguée, nouvelle poussée d'urticaire, très intense, accompagnée de fièvre et de phénomènes généraux très marqués.

La malade entre à Lariboisière ; neuf jours après le début de l'urticaire, rhumatisme articulaire aigu.

Cette 3^e attaque dure un mois.

Obs. III (personnelle). — *Congest. pulm. rhum.*

D... Emile, 19 ans, imprimeur.

Entré le 21 septembre, salle Lasègue, lit n° 17, à Cochin.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — En 1889, 1^{re} attaque de rhumatisme, il garde le lit 3 jours,

18 septembre 1892. — Dans la nuit, point de côté droit exaspéré par les mouvements respiratoires. Dyspnée, toux légère. En même temps courbature et brisement des jambes.

21 septembre. — Le malade vient à la consultation demandant son admission pour ce point de côté et cette oppression. A ce moment, on croit entendre des frottements dans toute l'étendue droite de la poitrine et on songe à de la pleurésie.

Le soir, à la contre-visite, on reconnaît qu'il s'agit là de râles de congestion sous-crépitaux, assez fins, disséminés dans tout le poumon droit, mais surtout très nets au niveau de la base. Pas de souffle. Vibrations un peu exagérées;

submatité, ni toux ni expectoration. Dyspnée extrême; point de côté extrêmement intense.

22 septembre. — Même état local, sans changement, sauf que les parties supérieures du poumon semblent se dégager. Courbature générale.

23 septembre. — Douleurs très fortes dans les cou-de-pieds et les genoux. Œdème et rougeur assez vive à ce niveau. Pression extrêmement douloureuse; rhumatisme aigu.

Le malade a sué abondamment pendant la nuit, et le matin il présentait encore une odeur aigrelette.

Salicylate de soude, 4 grammes.

24 septembre. — Douleurs un peu moins vives aux jambes.

Soir: Bras droit, poignet, coude se prennent. Sueurs nocturnes très abondantes. Odeur aigrelette caractéristique. Rien au cœur. Pas d'albumine.

26 septembre. — Amélioration notable.

Sort guéri au début d'octobre.

Obs. IV. — (Obs. due au D^r Rigal.)

X..., âgé de 53 ans.

En 1864, 1^{re} attaque de rhumatisme aigu.

En 1872, 2^e attaque.

8 janvier 1876. — Chute sur la main gauche; douleur et gonflement du poignet. Pas de fracture, pas de luxation.

Le lendemain, l'articulation est tuméfiée; empâtement de la face dorsale du poignet, peau rouge, chaude; les mouvements provoqués sont très douloureux. Malaise général.

Du 10 au 13, soulagement notable au point lésé; mais le malaise général augmente. Douleurs vagues dans les genoux, urines foncées en couleur; la température et le pouls sont normaux.

14. — Le poignet est complètement guéri, mais pendant la

nuit, insomnie et sueurs abondantes; état saburral des voies digestives; température, 38°; pouls, 80. Le lendemain, douleurs violentes dans les genoux.

15 et 16. — Extension des douleurs aux articulations tibio-tarsiennes. La lésion locale a complètement disparu. Durée du rhumatisme, 15 jours.

Obs. V. — (Lambin, thèse 1880, Obs. I.)

Louis R..., 36 ans, cuisinier.

Pas d'antécédents héréditaires.

Fièvre typhoïde à 13 ans. A 18 ans, 1^{re} attaque de rhumatisme.

Elle débute par une diarrhée séreuse, puis un peu sanguinolente, avec ténésme rectal et vésical. Fièvre légère. Ceci dure trois semaines, puis s'atténue. A ce moment éclatent de violentes douleurs articulaires.

■ Deux autres attaques sans prodromes.

7 mars 1880. — Douleur épigastrique violente, avec irradiations le long de l'œsophage; dysphagie, vomissements muqueux, frissons.

11. — Coliques violentes à exacerbations, météorisme; douleur épigastrique et œsophagienne. Diarrhée abondante.

16. — Courbature générale, frissons, sueurs, insomnie.

17. — Crise articulaire; th. 39°.

Dès les premières doses de salicylate de soude, la douleur épigastrique et la diarrhée, qui avaient beaucoup diminué, disparaissent.

Obs. VI. — (Th. Lambin, Obs. IV, d'après Chauffard,
in Arch. gén. de méd., 1863.)

Un jeune homme de 17 ans est pris d'une diarrhée abondante, de vomissements bilieux, de douleurs abdominales

très vives ; fièvre. Foie volumineux et douloureux. Le malade entre à l'hôpital de la Pitié trois ou quatre jours après le début de ces phénomènes. Ceux-ci persistent pendant trois jours, puis, au huitième jour de la maladie, disparaissent complètement pour faire place à une attaque de rhumatisme aigu débutant par les genoux.

Obs. VII. — (Lue par Rigal, en 1868, à la Soc. médicale d'observation).

Jeune homme de 14 ans. A 11 ans, 1^{re} attaque de rhumatisme. Début par douleurs vives dans la moitié gauche de la tête et du cou et contracture des muscles de cette région. Ces douleurs sont continues et paroxystiques. Sulfate de quinine. Guérison de la névralgie ; la contracture ne disparaît qu'au bout de 14 jours. 24 heures après son entière disparition surviennent tout à coup des vomissements bilieux, une diarrhée bilieuse et muqueuse et des douleurs vives dans tout l'abdomen, surtout à l'épigastre et à l'hypochondre droit. En même temps, fièvre de moyenne intensité, agitation, anxiété, malaise considérable. Ces troubles durent deux jours, puis cessent pour faire place à de vives douleurs articulaires. Péricardite. Guérison.

Obs. VIII. — (Th. Lambin, Obs. III, due à Grifoulhière, *Journ. des connais. médico-chir.*, 1841.)

Femme, 40 ans. Garde sur elle des habits mouillés. Trois jours après, 1^{er} août 1840, elle ressent de l'engourdissement, des fourmillements, des picotements et des douleurs vagues dans les pieds. Ces symptômes sont remplacés le jour même par des coliques intenses avec mouvement fébrile, ballonnement du ventre, vomissements, constipation opiniâtre.

Le 10, diarrhée extrêmement abondante, vomissements violents.

Le 13, douleurs articulaires aiguës : les symptômes intestinaux disparaissent.

Guérison vers le 30 août.

Obs. IX. (Empruntée à la thèse de Lebreton.) *Rhumatisme pulmonaire d'emblée. Rhumatisme articulaire aigu consécutif.*

Pichot Claudine, 19 ans. Entre au pavillon Lorain, le 22 février 1883.

Elle vient d'avoir une fièvre typhoïde pour laquelle elle est restée trois mois à l'hôpital de la Charité. Sortie il y a vingt jours, quatre jours après elle fut prise d'un point de côté violent, à gauche ; depuis, oppression persistante. Elle tousse et crache continuellement. Douze jours après le début de ces accidents, rhumatisme articulaire aigu (1^{re} attaque) débutant par les articulations du pied gauche. Elle entre à l'hôpital ; quelques autres jointures sont prises.

Poumon : à gauche, état normal ; à droite, râles fins de congestion pulmonaire de la base au sommet, mais plus abondants à la base. Quelques frottements dans l'aisselle. Vers la partie moyenne, souffle assez doux, allant en diminuant vers la base et le sommet. Son maximum est au dessous de l'épine de l'omoplate ; en ce point, bronchophonie [et submatité très manifeste.

Oppression très marquée ; expectoration spumeuse, abondante, sans coloration.

Au cœur : léger roulement présystolique. Souffle doux à la base et dans les vaisseaux. Albuminurie légère. M. Sevestre prescrit, deux jours après (le 25 février), 6 grammes de salicylate de soude. Dès le lendemain, la malade se sent soulagée, les râles sont moins nombreux, l'albuminurie disparaît

le 27 février et, le 1^{er} mars, quatre jours après, la congestion pulmonaire ne se révèle plus que par quelques râles disséminés dans le poumon droit.

15 mars et 5 avril. — Deux rechutes de rhumatisme articulaire non précédées de manifestations pulmonaires.

OBS X. — (Empruntée à la thèse de Lebreton. *Rhumatisme pulmonaire d'emblée (œdème pulmonaire). Disparition rapide des accidents sous l'influence du salicylate.*

M. Lebreton pense que si les accidents articulaires ne se sont pas montrés, c'est parce qu'ils ont été enrayés dans leur développement par le salicylate.

OBS. XI. (D'après Fuller.)

Thomas Combes, entré à Saint-George's Hospital, le 2 février 1856, avec une pneumonie aiguë. Dès le début de l'affection il est entièrement baigné de sueurs acides profuses, émettant l'odeur particulière du rhumatisme, et sa langue est excessivement rouge et écailleuse. Fuller fait ressortir l'importance de ces symptômes devant ses élèves. — Pas de manifestations articulaires pendant ce séjour à l'hôpital. Le malade en sort. Mais trois jours après il rentre pour un rhumatisme aigu, dans le service de Bence Jones.

OBS. XII. — (Thèse de Nicot, 1829.)

Jeune homme entré à l'hôpital pour une pneumonie qui résiste à tous les traitements. Au sixième jour: douleurs aiguës dans les articulations des membres inférieurs, puis dans celles des membres supérieurs. Le jour même la pneumonie disparaît.

Obs. XIII. — (Thèse de M. Fernet, 1865. *Rhumatisme pulmonaire précédant le rhumatisme articulaire aigu, puis alternant avec lui.*)

Un homme de 32 ans entre, le 26 novembre 1864, dans le service de M. Lorain. Il est malade depuis trois jours, et présente tous les signes d'une pneumonie occupant le tiers moyen du poumon droit. Matité légère, quelques râles crépitants, pas de souffle; point de côté, toux fréquente avec expectoration visqueuse, vert jaunâtre.

Le 30 novembre, sixième jour de la maladie, attaque de rhumatisme articulaire dans les genoux, durant cinq jours. — 5 décembre, les douleurs des genoux disparaissent et la pneumonie reparait; deux jours après la poussée s'éteint. — Le 10 décembre, le malade quitte l'hôpital.

Obs. XIV. — (Empruntée à Buckler.)

Jeune homme de 22 ans : bonne santé antérieure. Il a dormi au froid avec des habits humides.

Peau très chaude, sèche, toux par paroxysmes.

Rien à la percussion ni à l'auscultation.

Le cas est regardé comme un exemple typique de rhumatisme aigu localisé sur le tissu fibreux des bronches.

Deux jours après il est frappé de rhumatisme aigu dans l'épaule droite; pendant 36 heures, tant que dure la douleur, pas de toux. Puis nouvelle détermination du rhumatisme sur les bronches; la toux réapparaît. Quelques jours après, péricardite et endocardite (maladie mitrale).

Obs. XV. — (Empruntée à Buckler.)

Un jeune homme est pris de frissons et d'une fièvre légère.

Quelques jours après, toux, pommettes rouges comme dans la pneumonie. 20 respirations par minute, peu de signes stéthoscopiques : quelques râles disséminés. Cet état dure plusieurs semaines pendant lesquelles le malade peut aller à ses affaires. On a fait le diagnostic de tuberculose. Puis surviennent brusquement des signes de congestion pulmonaire ; celle-ci cède rapidement pour faire place aux premières localisations articulaires d'un rhumatisme aigu.

Obs. XVI.—(Empruntée à Couland. *Arch. gén. de méd.*, 1875.)

G... Marie, 26 ans, lingère. Père goutteux.

A 9 ans, scarlatine et fièvre typhoïde ; réglée à 13 ans.

A 23 ans, première attaque de rhumatisme ayant évolué de la façon suivante : contrariété vive, arrêt des règles ; trois jours après, elle aperçoit des taches rouges sur les genoux et les jambes. Le lendemain, les genoux sont très douloureux, puis les articulations des poignets et des doigts se prennent. Le rhumatisme dure six semaines, pendant lesquelles l'érythème devient violet et disparaît en même temps que les douleurs. Absence des règles pendant les six semaines ; convalescence longue.

En mars 1870, deuxième attaque de rhumatisme ; à la suite d'un vif chagrin, les règles sont suspendues ; puis survient une angine type. Cette dernière une fois passée, l'érythème douloureux précède l'attaque rhumatismale qui débute par les genoux et dure trois semaines, pendant lesquelles l'érythème devient violet et donne une sensation de brûlure. Convalescence longue : réapparition des règles deux mois après.

15 février 1872. — La malade rentre à l'hôpital. Depuis une semaine elle a éprouvé de la fatigue, du malaise ; elle a eu un embarras gastrique avec ictère, qui a disparu puis est revenu à la suite d'une contrariété. Constipation rebelle, règles peu abondantes.

Elle entre à l'hôpital avec l'ictère et ces derniers phénomènes ; elle se plaint en outre de douleurs musculaires vagues : celles-ci cèdent pour faire place à une angine rhumatismale pultacée avec symptômes généraux assez graves, céphalalgie, courbature, fièvre.

Disparition de l'angine puis apparition de l'érythème papuleux, sur la tête, la face, les mains, le dos, les jambes.

Tout le corps est couvert de plaques rouges de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, sans grand boursoufflement ; la rougeur disparaît sous la pression du doigt. La douleur de ces plaques est spontanée et s'exagère par la pression. Vive démangeaison, calmée par une application de poudre d'alun. On remarque quelques saillies tuberculeuses.

20 février. — Extension de l'érythème qui s'accompagne de frissons nocturnes. Céphalalgie, chaleur à la peau, langue blanche, fièvre.

22 février. — Les articulations du poignet, du pouce et du genou gauches sont tuméfiées et extrêmement douloureuses.

Pendant que le rhumatisme évolue, les plaques d'érythème deviennent violettes, puis sont le siège d'une desquamation ; il s'en produit une nouvelle poussée légère, mais, le 1^{er} avril, elles ont complètement disparu par desquamation furfuracée.

13 avril. — Il ne reste plus que quelques douleurs aux coudes. Nouvelle suppression des règles à la suite d'une nouvelle contrariété ; angine bientôt suivie de quelques douleurs rhumatismales au dos et à la jambe gauche. La malade sort en permission, elle rentre bien portante ; dans la nuit, frissons, céphalalgie, fièvre. Éruption de quelques plaques sur les jambes et le bras gauche. Si l'éruption est peu considérable, les douleurs sont en revanche très vives. Le bras, la jambe et l'épaule gauches se prennent, puis quelques vertèbres. Impossibilité absolue pour la malade de se remuer.

Un peu de délire. Souffle cardiaque à la base et au second temps, souffle à la pointe.

La malade sort guérie vers la fin du mois de mai.

Obs. XVII. — (Thèse de Lagoanère, 1876.)

G... Marceline, 30 ans, giletière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, le 8 mai 76.

Elle offre sur tout le corps une éruption qui, par tous ses caractères, se rapproche du purpura hémorrhagique; cette éruption a commencé par les bras, puis a envahi l'abdomen, les cuisses, le dos, les jambes. Démangeaisons, élevures très nettes, rougeur qui ne s'efface pas par la pression du doigt.

Quelques jours après, la malade se plaint de malaise et d'un mal de gorge très violent. On trouve une angine érythémateuse diffuse : les piliers, le voile, la luette, les amygdales sont envahis.

Les gencives présentent un liseré hémorrhagique.

Quatre jours après, début des accidents articulaires.

Obs. XVIII. — (De Beurmann, *in Arch. gén. de méd.*, 1881.)

G..., 38 ans, entre le 11 avril à la Pitié.

9 avril. — Frissons, fièvre, érythème confluent de la face, du tronc et des membres supérieurs; énanthème buccal.

17 avril. — Recrudescence de la fièvre; début des douleurs articulaires.

Obs. XIX. — (Thèse de M. Fernet, 1865.)

Homme de 37 ans, ayant eu antérieurement deux attaques de rhumatisme; la première à 12 ans : début par des symptômes de catarrhe vésical et de cystite du col; le lendemain ces symptômes disparaissent et les jointures se pren-

nent. La deuxième à 35 ans : début par fluxion de la joue gauche qui dura quelques jours, puis rhumatisme articulaire et cardiaque.

Le malade entre à l'hôpital pour une troisième attaque : début par du malaise et une fluxion de la joue, survenue sans cause appréciable, et qui dura 3 jours; un lumbago lui succéda; enfin, 8 jours après le début de ces accidents, rhumatisme articulaire.

Obs. XX (personnelle).

X..., âgée de 32 ans, blanchisseuse. Se présente le 10 octobre 1892 à la consultation de l'hôpital Pascal. Elle se plaint d'une courbature générale, de douleurs musculaires vagues, d'anorexie; elle transpire abondamment et a eu, il y a 2 à 3 jours, une légère angine dont elle ne souffre plus actuellement; elle est pâle et très fatiguée.

On prévoit une attaque de rhumatisme bien que la malade n'en ait jamais eu.

Elle entre à l'hôpital. Température axillaire : 37°,8. Rien au cœur, rien au poumon, urine foncée.

On prescrit : salicylate de soude, 4 grammes; enveloppement ouaté, 4 degré d'aliments, lait, repos absolu.

Le surlendemain, le coude et le poignet droits sont légèrement tuméfiés et douloureux; les douleurs musculaires vagues existent encore.

Même dose de salicylate.

4 jours après, tous ces phénomènes avaient disparu sans nouvelles localisations douloureuses. La malade reste encore 10 jours à l'hôpital, pendant lesquels elle prend du quinquina et du fer. Rien au cœur.

CONCLUSIONS

Le rhumatisme aigu est le plus ordinairement précédé d'une période prodromique, souvent très nette, mais de durée variable, analogue à la période prodromique des maladies infectieuses.

Pendant cette période prodromique peuvent aussi se montrer, sur différents appareils, de nombreux accidents ayant une réelle valeur prémonitoire.

Au point de vue clinique, il est utile de bien connaître cette période prodromique et ces accidents prémonitoires, car ils peuvent faire prévoir, quelquefois avec certitude, une attaque de rhumatisme aigu.

Au point de vue thérapeutique enfin, prévoir l'attaque de rhumatisme aigu, c'est le meilleur moyen, par une médication énergique intervenant avant l'éclosion des accidents, d'enrayer l'affection, ou tout au moins d'en diminuer considérablement la durée et la gravité.

BIBLIOGRAPHIE

- Classiques, Cliniques de Trousseau, de Chomel, de Noël Guéneau de Mussy, de Peter, de Jaccoud, etc.*
- Besnier.* — Dict. Dechambre. Art. Rhumatisme.
- Homolle.* — Dict. Jaccoud. Art. Rhumatisme.
- Ferrand.* — Thèse, 1862.
- Fernet.* — Thèse, 1865.
- Lasèque.* — Traité des angines, 1868.
- Potain.* — Gazette des hôpitaux, 1871 (août).
- Coulard.* — Erythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme. (Arch. gén. de méd., T. XXV, 1875.)
- Hardy.* — Dict. Jaccoud. Art. Erythème.
- Verneuil.* — Bull. Acad. Méd. 1876. T. V.
- Garrod.* — Traité du rhumatisme. Trad. Brachet, 1891.
- Derécagaix.* — Thèse, 1874.
- Besnier.* — Dermopathies rhumatismales. (Annales de dermatologie, 1876.)
- Tresfort.* — Thèse, 1875. Epistaxis dans le rhumat.
- De Lagoanère.* — Thèse, 1876. Angine rhumatismale.
- Kingston-Fowler.* — Association des affections de la gorge avec le rhumat. (The Lancet, 11 déc. 1880.)
- Lambin.* — Thèse, 1880.
- Comby.* — Progrès médical, 1880.
- Troisier et Brocq.* — Revue médicale, avril 1881.
- De Beurmann.* — Deux observations d'érythème rhumat. Arch. gén. de méd., juin 1881.

- Handfield Jones.* — The Lancet, 28 mai 1881.
Thomas Buckler. — Bronchite rhumatismale. (Américan Journal of med. sciences, 1882.)
Lebreton. — Thèse, 1884.
Buderath. — Ueber Gelenkrheumatismus nach Angina Würzburg, 1884.
Schott. — Statistische und Klinische Mittheilungen über 852 Fälle von akuten Gelenkrheumatismus. Berlin 1885.
Lancereaux. — Union médicale, 1889.
Comby, Potain, Cadet de Gassicourt, Raymond. — Société méd. des Hôp., 1891. Discussion sur la nature de la chorée.
-

Vu : Le Président de la Thèse,
POTAIN.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Wanderlust. — The Wanderlust, 25 mai 1881.
Theodor Gaster. — Griechische Numismatik. (Amsterdam 1881.)
and of med. sciences, 1882.
Léonard. — Thèse, 1884.
Inventaire. — Inventaire des collections de la ville de Paris.
Wanderlust, 1884.
Revue. — Revue des sciences et lettres. (Paris 1885.)
Thèse de médecine. — Thèse de médecine, Paris 1885.
Léonard. — Union médicale, 1879.
Léonard, Louis. — Société des sciences, Paris 1885.
méd. des Hôp. 1881. Thèse de la nature de la
chorée.

Vu : Le Doyen,
BROUHAUD.

Vu : Le Président de la Thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

La même. — Association des étudiants de l'Université de Paris.

